

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI ☒ NO ☐

SINIESTRO No. 02260200492-02

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0001	Fecha de Ingreso 2025/12/30	
Nombre del paciente BONILLA AGUILERA MONICA FERNANDA	Edad 28	Fecha de Nac. 1996/11/25	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.	No. Póliza 2001-1033582	Vigencia 2025/01/01	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2022/05/01
Asegurado Titular BONILLA AGUILERA MONICA FERNANDA	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0001011339144-00	Teléfono 5613443204
Causa del Internamiento Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			
Diagnóstico QUISTE SIMPLE DE ANEXO IZQUIERDO		Clave del Padecimiento	
		N83-2	
		Fecha de Inicio	
		2025/11/10	
		Clave Procedimiento	
		58662 - 0- 0	
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			
CISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
DR EVERARDO ANTONIO BARRAGAN ROMERO GYO CP 10369441			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados Suma asegurada para gastos Hospitalarios \$ 72,757.00		Procede la Reclamación	
Honorarios Quirúrgicos Código Tabulador Negociación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
01 TPD SI RED		Importes a cargo del Asegurado	
Nombre del Médico N		Deducible \$ 6,190.46	
\$		Coaseguro %	
\$		Gastos no cubiertos por la póliza:	
\$		Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado,gastos del recién sano,gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes llamadas telefónicas, películas.	
\$		IMPORTANTE:	
\$		El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.	
\$			
\$			
Observaciones			
CARTA VALIDA PARA GASTOS HOSPITALARIOS/APLICA DEDUCIBLE/CON COASEGURO			
MEDICO POR \$2,801.40 (REFLEJADO EN EL RUBRO DE DEDUCIBLE) / SIN			
COASEGURO HOSPITALARIO/TOPE DE COASEGURO \$5500			
ELABORADA EL 30/12/2025 / VALIDA DURANTE 30 DIAS NATURALES			
PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			
NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES Y LOS NO RELACIONADOS			
Lugar y FechaMéxico D.F. a 30 de DICIEMBRE del 2025		Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición	
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico